

Trouble aigu de la parole – Dysphonie

Orientation diagnostique

P^r Claude Beauvillain de Montreuil

Service ORL Hôtel-Dieu, 44000 Nantes

claud.beauvillain@chu-nantes.fr

Objectifs

- **Devant l'apparition d'un trouble aigu de la parole ou d'une dysphonie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.**

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

La voix est caractérisée par la vibration des cordes vocales (le terme anatomique est pli vocal) ; elle nécessite une soufflerie pulmonaire suffisante et des résonateurs satisfaisants. En effet, la qualité vocale est conditionnée par l'état des cordes vocales, mais également par les résonateurs, et en particulier l'oropharynx et la langue : toute anomalie de ces résonateurs est responsable d'une dysarthrie, qui ne rentre pas dans le cadre de notre exposé.

La voix se caractérise par 3 composantes : intensité, timbre et hauteur.

GÉNÉRALITÉS

La dysphonie est donc en rapport avec une anomalie des cordes vocales, qui peut être inflammatoire (aiguë ou chronique), tumorale, traumatique, paralytique, hormonale, malformative ou fonctionnelle.

Les intervenants dans le diagnostic et le traitement de la dysphonie sont :

- le médecin généraliste ;
- le médecin ORL ;
- le médecin phoniatre, qui assure des bilans phoniatriques spécifiques ;
- l'orthophoniste, spécialiste paramédical qui assure la rééducation de la voix. Cette rééducation intervient à plusieurs stades, soit d'emblée, soit à la suite d'un geste chirurgical (externe ou microchirurgie) sur la corde vocale.

EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT ATTEINT DE DYSPHONIE

L'âge du patient est un élément important ; un chapitre sera consacré à l'enfant.

Interrogatoire

Il faut noter :

- les antécédents familiaux du patient ;
- les antécédents personnels : tabagisme (préciser le nombre de paquets-années) ;
- les antécédents médicaux ou chirurgicaux (chirurgie cervicale, irradiation cervicale) ;
- la profession du patient : professionnel de la voix en particulier, enseignant, chanteur ;
- la date de début de la dysphonie : installation brusque, rapide ou très lentement progressive ;
- la recherche d'une dysphagie, de fausses routes alimentaires, surtout pour les liquides, ou d'une dyspnée associée ;
- les modifications de la voix ; certaines peuvent déjà orienter le diagnostic : voix bitonale des paralysies laryngées, voix rauque (ligneuse) des cancers du larynx, par exemple.

Examen clinique

Cet examen nécessite un examen ORL complet.

La laryngoscopie indirecte est faite à l'aide d'un miroir laryngé sur un patient assis, l'examineur étant face au patient, l'éclairage étant assuré par un miroir frontal. Cet examen, parfois difficile du fait des réflexes nauséux du patient, nécessite alors le recours à une anesthésie locale.

L'examen avec un nasofibroscope est souvent nécessaire pour compléter la laryngoscopie indirecte. Il se fait également en consultation, l'instrument étant introduit dans une fosse nasale et poussé jusqu'au-dessus de la corde vocale.

On vérifie l'absence d'atteinte des paires crâniennes du patient, et en particulier l'intégrité de la mobilité linguale et du voile du palais.

Un examen neurologique complémentaire est nécessaire pour rechercher une atteinte éventuelle des autres paires crâniennes, un syndrome cérébelleux ou un déficit moteur des membres.

On apprécie également le caractère sonore de la toux.

L'examen clinique recherche une cicatrice cervicale.

La palpation cervicale recherche un goitre ou une adénopathie cervicale.

Au terme de cet examen clinique, une approche diagnostique souvent précise est réalisée : laryngite aiguë ou chronique, nodule ou kyste d'une corde vocale, cancers de l'étage glottique ou troubles de la mobilité laryngée.

Examens complémentaires

✓ **La laryngoscopie directe** (fig. 1) nécessite une anesthésie générale : l'opérateur est à la tête du patient et utilise un laryngoscope autostatique à appui thoracique, permettant des gestes de micro-chirurgie à la pince ou au laser, un épiluchage des cordes vocales en cas de laryngite chronique kératosique, ou des biopsies en cas de tumeur ; cet examen est également nécessaire lorsque l'examen clinique au nasofibroscope a été difficile. Il n'est évidemment pas systématique.

✓ **L'électromyogramme** laryngé est un examen intéressant, lorsqu'il existe un trouble de la mobilité laryngée, pour apprécier l'importance d'une paralysie ou pour l'authentifier.

✓ **D'autres examens complémentaires** sont pratiqués par les phoniatres, principalement l'examen stroboscopique du larynx : c'est un examen permettant d'apprécier lors de la phonation la qualité vibratoire des cordes vocales, de guider la rééducation vocale, et éventuellement d'orienter un geste de chirurgie endoscopique.

Des examens complémentaires, principalement à visée étiologique, sont évoqués dans le chapitre suivant.



Figure 1 Laryngoscopie directe sous anesthésie générale.

PRINCIPALES CAUSES DES DYSPHONIES

Causes infectieuses

C'est principalement une pathologie de l'enfant de 1 à 3 ans.

Ce sont des laryngites aiguës, le plus souvent sous-glottiques, d'origine virale, beaucoup plus rarement vestibulaires (épiglottite).

Il s'agit d'une pathologie souvent responsable d'une dyspnée laryngée associée, dominant le pronostic et justifiant un traitement d'urgence dominé par la corticothérapie par voie générale.

Les autres causes infectieuses sont très rares, mais il faut citer pour mémoire la diphtérie, rapidement responsable d'une dyspnée précédée d'une dysphonie, et la tuberculose laryngée, survenant sur un terrain particulier (déficit immunitaire, transplanté), habituellement associée à une tuberculose pulmonaire.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Trouble aigu de la parole – Dysphonie ».

Cas clinique

Une patiente de 52 ans, professeur de collège, fumant 10 cigarettes par jour depuis 30 ans (15 paquets-années), sans antécédent médical particulier, vient consulter pour une dysphonie modérée depuis plusieurs mois, majorée en fin de journée, surtout lorsqu'elle a beaucoup parlé, et il lui arrive alors d'être aphone. Cette patiente a en outre une sinusite chronique responsable d'une rhinorrhée postérieure mucopurulente ; cette sinusite se surinfecte 2 ou 3 fois par an, et la prise d'antibiotiques par voie générale est alors nécessaire ; des radiographies de sinus récentes ont objectivé

une opacité des deux sinus maxillaires. Cette patiente a, en outre, un reflux gastro-œsophagien authentifié par une fibroscopie ; elle « s'automédique » et prend de façon intermittente des pansements œsogastriques.

L'examen ORL retrouve un polype arrondi régulier, de couleur rouge, appendu au tiers moyen de la corde vocale droite. La corde vocale gauche est intacte, et la mobilité laryngée est préservée. Le reste de l'examen retrouve la présence d'un peu de mucopus dans les deux fosses nasales. L'examen de l'oropharynx et la palpation des aires ganglionnaires sont également normales.

① Quelles sont les facteurs susceptibles de favoriser la dysphonie chez cette patiente ?

② Quelles hypothèses diagnostiques pouvez-vous envisager devant ce polype ?

③ Quel traitement proposez-vous vis-à-vis de ce polype ?

Le polype a été réséqué sous laryngoscopie directe en suspension ; l'examen anatomopathologique de ce polype en confirme la bénignité.

④ Quel conseil donnez-vous à la patiente et quel traitement complémentaire proposez-vous ? Quel est le risque principal ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Laryngites chroniques

Elles sont souvent la conséquence d'un forçage vocal et/ou d'une intoxication tabagique.

✓ **La laryngite catarrhale** est caractérisée par une rougeur diffuse des cordes vocales, habituellement réversible à l'arrêt du tabac.

✓ **La laryngite pseudomyxomateuse** (fig. 2) : il existe un œdème des deux cordes vocales avec un épanchement liquidien dans l'espace de Reinke (espace virtuel situé entre la muqueuse des cordes vocales et le ligament cordal). L'arrêt du tabac et la rééducation sont habituellement suffisants. En cas d'échec, la microchirurgie laryngée est proposée.

✓ **La kératose laryngée** (fig. 3) est caractérisée par la présence anormale de kératine à la surface de la muqueuse de la corde vocale ; au-dessous de cette kératine, existent des anomalies de la muqueuse (dysplasie légère, moyenne, sévère, voire même un véritable carcinome). Cette kératose justifie un épluchage de la ou des cordes vocales, fait à l'occasion d'une laryngoscopie directe afin de faire un examen complet de cette muqueuse et de réaliser éventuellement, en fonction du résultat, un traitement complémentaire approprié (surveillance simple, cordectomie laser ou cordectomie chirurgicale en cas de cancer). La dégénérescence est fréquente mais non systématique. Cette prise en charge précoce des laryngites kératosiques associée à l'arrêt du tabac constitue un traitement préventif des cancers du larynx.

Les autres causes d'inflammation du larynx peuvent être la sinusite chronique, le reflux gastro-œsophagien ou, de façon exceptionnelle, la maladie de Wegener.

Dysphonie fonctionnelle et tumeurs bénignes des cordes vocales

✓ **Les nodules** le plus souvent bilatéraux (*kissing-nodule*) [fig. 4] ou les polypes des cordes vocales (habituellement unilatéraux) [fig. 5] sont une conséquence du forçage vocal, et ne sont pas de véritables tumeurs : il s'agit de dysphonie fonctionnelle. La rééducation vocale est systématique ; la microchirurgie est nécessaire pour traiter les polypes et parfois les nodules persistant après rééducation.

✓ **Les kystes des cordes vocales** (fig. 6) sont des kystes rétentionnels développés aux dépens des glandes muqueuses de la corde vocale ; ils nécessitent un geste de microchirurgie laryngée.

✓ **Les autres tumeurs bénignes** sont beaucoup plus rares : tumeurs glandulaires (adénome pléiomorphe), musculaires (léiomyome), nerveuses, cartilagineuses (chondrome), vasculaires.

Tumeurs laryngées malignes (fig. 7)

Le cancer de la corde vocale est souvent précédé d'une période de laryngite chronique (kératose laryngée) qui se révèle par une dysphonie chez un patient ayant une intoxication tabagique.

C'est la règle de pratiquer précocement, chez toute patient fumeur ayant une dysphonie, un examen laryngoscopique. La laryngoscopie permet de voir la tumeur endolaryngée, apprécie la mobilité laryngée (T1 et T2 à mobilité préservée, T3 et T4 à mobilité diminuée ou abolie).

Le scanner est habituellement indispensable pour guider la thérapeutique appropriée.

POINTS FORTS

à retenir

- La dysphonie fonctionnelle responsable de polypes ou de nodules des cordes vocales doit être connue, et en particulier la prise en charge thérapeutique, dominée par la rééducation vocale réalisée par des orthophonistes.
- Au sein des laryngites chroniques, la kératose laryngée est susceptible de dégénérer ; la prise en charge de ces kératoses nécessite un épluchage des cordes vocales qui précise le type histologique exact et guide un éventuel traitement complémentaire. L'arrêt du tabac est également indispensable.
- Les paralysies laryngées doivent être également bien connues : la recherche étiologique doit être faite de façon complète et systématique, car la paralysie est souvent révélatrice d'une tumeur ou d'une pathologie neurologique : ne pas oublier, du côté gauche, la recherche d'une cause thoracique.
- Toutes les immobilités laryngées ne sont pas des paralysies.
- Les paralysies laryngées peuvent être également iatrogènes, après chirurgie thoracique du côté gauche ou après chirurgie thyroïdienne des 2 côtés.
- La prise en charge des paralysies laryngées unilatérales est dominée par la rééducation vocale.
- Les paralysies laryngées bilatérales sont principalement responsables de dyspnée laryngée, parfois dramatique, pouvant justifier en urgence une trachéotomie.
- Les dysphonies de l'enfant sont relativement rares et s'associent souvent à une dyspnée qui est au premier plan, lors des laryngites aiguës.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 332)

La biopsie faite au cours d'une laryngoscopie directe confirme le diagnostic et en précise le type histologique (le plus souvent un carcinome épidermoïde).

Causes traumatiques

✓ **Le coup de fouet laryngé** est une conséquence d'un forçage vocal aigu, et se traduit par un hématome de la totalité d'une corde vocale spontanément réversible en quelques semaines.

✓ **Le traumatisme laryngé externe** après contusion cervicale antérieure peut entraîner un simple hématome, ou même une fracture des cartilages laryngés responsable d'une dyspnée souvent au premier plan du tableau clinique.

✓ **Le traumatisme du larynx iatrogène** est la conséquence d'une intubation prolongée (réanimation). La conséquence la plus fréquente révélée par une dysphonie est le granulome développé au niveau de l'apophyse vocale (située au tiers postérieur de la corde vocale), uni- ou bilatéral, et justifiant une résection au laser.

Causes hormonales

Dans les causes hormonales, il faut citer les modifications de la voix survenant lors de la ménopause ou lors d'un traitement hormonal virilisant ou féminisant.

Paralysies laryngées

Elles sont la conséquence d'une atteinte du nerf vague (X) ou du nerf laryngé inférieur (nerf récurrent). Le nerf laryngé supérieur a un rôle sensitif pour le carrefour pharyngo-laryngé, et accessoirement moteur (muscle tenseur de la corde vocale).

Toutes les immobilités laryngées ne sont pas des paralysies. Le diagnostic différentiel d'une paralysie se pose en particulier avec une ankylose de l'articulation crico-thyroïdienne rhumatismale ou traumatique (après intubation par exemple) ou avec une infiltration tumorale du larynx par un cancer.

La paralysie laryngée peut être isolée ou associée à l'atteinte d'autres paires crâniennes à rechercher systématiquement.

✓ **La paralysie laryngée unilatérale** est responsable d'une voix bitonale assez caractéristique, parfois associée à quelques fausses routes alimentaires. Le caractère asymétrique du trajet des deux nerfs laryngés inférieurs oriente la recherche étiologique :

- la paralysie laryngée droite a le plus souvent une cause thyroïdienne (tumeur maligne) ou œsophagienne ; elle peut être également iatrogène après une chirurgie thyroïdienne homolatérale ;
- la paralysie laryngée gauche a les mêmes causes avec en plus, du fait de son trajet thoracique, des causes thoraciques (cancer du poumon, tumeur maligne du médiastin, anévrisme de la crosse de l'aorte, séquelle de chirurgie thoracique de ce côté).

Ces paralysies unilatérales peuvent être également en rapport avec une atteinte de la base du crâne, en particulier au niveau du foramen jugulaire (métastase tumorale).

Ces paralysies unilatérales peuvent révéler une tumeur, et imposent un examen clinique cervical complet, complété par une imagerie (TDM et ou IRM) qui, du côté gauche, doit également explorer le thorax. Un certain nombre de paralysies laryngées unilatérales sont idiopathiques (20 à 30 % des cas).

Le traitement des paralysies laryngées unilatérales est dominé par la rééducation vocale ; en cas d'échec, des injections dans la corde vocale sous laryngoscopie directe d'autograsse ou de pâte de silicone sont proposées ; certains préconisent une médialisation de la corde vocale paralysée par voie externe.

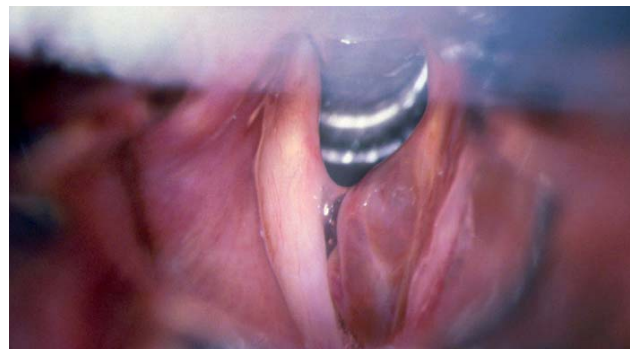


Figure 2 Laryngite pseudomyxomateuse asymétrique.



Figure 3 Kératose laryngée.

✓ **Les paralysies laryngées bilatérales** sont plus souvent responsables de dyspnée que de dysphonie : elles sont en rapport avec une atteinte bulbo-protubérantielle (cause virale ou dégénérative dans le cadre d'une sclérose latérale amyotrophique) ou avec une atteinte bilatérale des deux nerfs récurrents, conséquence de l'évolution d'un carcinome thyroïdien étendu, de séquelles chirurgicales d'une thyroïdectomie totale ou de cancers œsophagiens avancés. L'importance de la dyspnée peut justifier une trachéotomie en urgence.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Trouble aigu de la parole – Dysphonie ».

Cas clinique

Un patient de 50 ans, sans antécédent médical particulier, consulte pour une dysphonie installée rapidement il y a un mois dans un contexte viral banal, marqué par une élévation thermique aux environs de 38° C pendant quatre jours. La voix est bitonale ; le patient reprend régulièrement son souffle pour s'exprimer. Il n'a pas de dysphagie ni de dyspnée. Il se plaint toutefois de quelques fausses

routes lors de la déglutition des liquides. L'examen laryngoscopique direct retrouve un larynx de morphologie normale ; en revanche, il existe une immobilité laryngée gauche complète avec, lors de la phonation, une fuite d'air notable expliquant la dysphonie et les fausses routes alimentaires. La palpation cervicale est normale, et en particulier la palpation de la glande thyroïde ne retrouve aucune anomalie ; il n'y a pas d'adénopathie cervicale palpable.

- ❶ L'examen clinique est manifestement insuffisant : pouvez-vous compléter les données manquantes ?
- ❷ Le reste de l'examen clinique n'a montré aucune anomalie. Quels examens complémentaires demandez-vous en vue d'une recherche étiologique ?
- ❸ Quel traitement proposez-vous en premier lieu ?
- ❹ Si les examens complémentaires sont normaux, quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

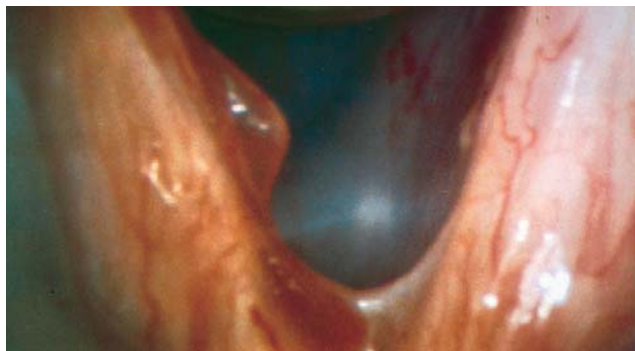


Figure 4 Nodules bilatéraux et asymétriques des cordes vocales.

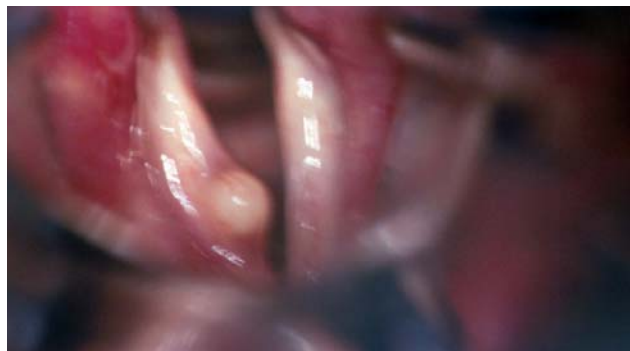


Figure 6 Kyste de la corde vocale.



Figure 5 Polype unilatéral d'une corde vocale.



Figure 7 Tumeur maligne du larynx.

Autres causes

- ✓ **La dysphonie spasmodique** est caractérisée par la contracture idiopathique de certains muscles laryngés, responsable d'une voix scandée ; le traitement en est symptomatique, avec injection locale de toxine botulique.
- ✓ **La dysphonie pithiatique** survient habituellement chez les adolescentes qui ne peuvent plus émettre de sons par le larynx et parlent en chuchotant : l'examen laryngé retrouve des cordes vocales strictement normales, et la toux, sonore, retrouve un affrontement satisfaisant des cordes vocales confirmant ce diagnostic.

DYSPHONIE DE L'ENFANT

Il s'agit d'une pathologie assez rare. La laryngoscopie indirecte est difficile avant 5 ou 6 ans, mais l'examen nasofibroscopique est possible sous anesthésie locale avec un nasofibroscope pédiatrique.

- ✓ **Les laryngites aiguës** ont déjà été citées ; la raucité du cri et de la voix en sont parfois la seule manifestation. Le plus souvent, la dyspnée laryngée domine le tableau clinique et nécessite un traitement d'urgence dominé par la corticothérapie.
- ✓ **Les nodules des cordes vocales** peuvent exister chez un enfant qui force sa voix sans arrêt.
- ✓ **Une malformation laryngée mineure** (palmure laryngée ou sténose laryngée partielle) peut être révélée par une dysphonie. Les malformations majeures se révèlent souvent dès la naissance par une dyspnée laryngée parfois gravissime.

- ✓ **Les tumeurs laryngées de l'enfant** sont exceptionnelles ; elles se manifestent par une dysphonie lors des premières années de la vie ou par une dyspnée. Les papillomatose laryngée d'origine virale peut bénéficier d'un traitement laser ou éventuellement, en cas de récurrence, d'injection locale de substance antivirale. Les kystes laryngés se développent habituellement par une tuméfaction située au-dessus d'une corde vocale dans la bande ventriculaire. Les angiomes de topographie sous-glottique sont plus souvent responsables de dyspnée que de dysphonie.
- ✓ **Dans les corps étrangers laryngés**, la dysphonie est au second plan, le tableau clinique étant dominé par la dyspnée, souvent majeure. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► Laryngite aiguë et épiglottite de l'enfant

Mimouni O, Nicollas R, Roman S, Triglia JM (Rev Prat 2007;57[16]: 1796-800)

► ORL – Pathologie cervicofaciale

Legent F, Narcy P, Beauvillain C, Bordure P Elsevier, Masson 2003

► Troubles fonctionnels du larynx

Remacle M, Lawson G Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Oto-rhino-laryngologie 20690 A-10.

► Paralysies laryngées

Remacle M, Lawson G Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Oto-rhino-laryngologie 20675 A-10.